



四川大学华西医院 侵入性治疗医患沟通记录

科室：急诊科

护理单元：第58护理单元

床号：076床

姓名：[REDACTED]

住院号：[REDACTED]

诊断：妊娠24周，高脂血症

尊敬的患者/家属：您好！

一、疾病介绍、治疗建议及潜在风险

根据患者的病情需要进行
操作。这是一种常用的、有助于诊断/治疗/保护的手段，但由于其具有侵入性/损伤性的特点及风险、患者具有个体差异及某些不可预料的因素，可能伴有包括本页及下述的并发症等风险及其他不可预见或无法防范的不良后果，医护人员会尽力避免上述并发症或不良后果的发生，但不能保证该操作方法的绝对效果和安全，出现严重并发症者可能导致死亡。

二、操作并发症

各类穿刺和注射：1. 疼痛 2. 出血 3. 血肿、瘀斑 4. 静脉炎 5. 穿刺不成功 6. 标本不明原因的血凝及溶血，导致无法检测或影响检测结果的准确性，需要再次采血 7. 晕针或晕血 8. 筋膜间隙综合征 9. 动脉供血区缺血致局部坏死 10. 输注血管高危药品（血管活性药物、高渗性药物、阳离子药物、强酸强碱类药物及其它刺激性药物等）外渗/渗出引起的皮肤红肿及局部发生坏死 11. 其他不可预知的风险。

三、患者知情选择

1、我已阅读上述相关内容及我的医生/护士已经告知我将要进行的操作及可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于该操作的相关问题。

2、我授权在操作中医护人员可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。在遇到紧急情况时，为保障患者的生命安全实施必要的救治措施，并保证承担全部所需费用。

3、我理解我的操作需要多位医生/护士共同进行。

4、我并未得到操作百分之百成功的承诺。

5、现在我做以下声明：

我已知晓侵入性操作存在的风险，同意（填“同意”或“不同意”）接受侵入性操作并愿意承担其风险。

患者签名

签名日期：2021-05-19

如果患者无法或不宜签署该知情同意书，请其授权的代理人或近亲属签名。

患者/授权委托人签名：

与患者关系：

签名日期：2021-05-19

四、医务人员陈述

我已经告知患者将要进行的操作及可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于该操作的相关问题。

医务人员签名：

李祝红

签名日期：2021-05-19